

# 結核患者治療終了連絡票

保健所長 宛て

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|--|-------------|----------|----------|-------------|-------|-------|------------|-------|-------|----------|-------|-------|-----------|-------|-------|---------|-------|
| 氏 名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 生年月日     | 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 住 所           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 病 名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 終 了 区 分       | <div><input type="checkbox"/> 治療終了 【経過観察の予定・・・ ヶ月毎】</div> <div><input type="checkbox"/> 死 亡 【死因：</div> <div><input type="checkbox"/> 転 症 【診断：</div> <div><input type="checkbox"/> 自己中断 <div>理由：</div></div> <div><input type="checkbox"/> そ の 他 【</div>                                                                                                                                 |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 終了決定月日        | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 最 終 情 報       | 【X 線 検 査】令和 年 月 日 病型 ( )<br>【菌 検 査】令和 年 月 日 塗抹 ( ) 培養 ( )<br>【服薬終了日】令和 年 月 日 を最後に服薬終了                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 薬 剤 感 受 性 査 検 | 実施 ・ 未実施 (いずれかに○をお願いします。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
|               | 実施の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
|               | <table><tr><td>薬品 [mcg/ml]</td><td>令和 年 月 日</td><td>令和 年 月 日</td></tr><tr><td>I N H [0.2]</td><td>S ・ R</td><td>S ・ R</td></tr><tr><td>R F P [40]</td><td>S ・ R</td><td>S ・ R</td></tr><tr><td>S M [10]</td><td>S ・ R</td><td>S ・ R</td></tr><tr><td>E B [2.5]</td><td>S ・ R</td><td>S ・ R</td></tr><tr><td>( ) [ ]</td><td>S ・ R</td><td>S ・ R</td></tr></table> 判定基準 (S : 感受性 R : 耐性) |          |                    |  | 薬品 [mcg/ml] | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | I N H [0.2] | S ・ R | S ・ R | R F P [40] | S ・ R | S ・ R | S M [10] | S ・ R | S ・ R | E B [2.5] | S ・ R | S ・ R | ( ) [ ] | S ・ R |
| 薬品 [mcg/ml]   | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 令和 年 月 日 |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| I N H [0.2]   | S ・ R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | S ・ R    |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| R F P [40]    | S ・ R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | S ・ R    |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| S M [10]      | S ・ R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | S ・ R    |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| E B [2.5]     | S ・ R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | S ・ R    |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| ( ) [ ]       | S ・ R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | S ・ R    |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 備 考           | *連絡事項・指示等があれば、御記入願います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 令和 年 月 日      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 医療機関名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |
| 担当医師名 ㊞       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                    |  |             |          |          |             |       |       |            |       |       |          |       |       |           |       |       |         |       |

事務担当者

電話番号 (内線 )